Ein Beitrag

zur Lehre von Empyema multiloculare im Anschluss an einen Fall von solchem.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Ludwig Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Alexander Apostolu.

MÜNCHEN 1904.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Ein Beitrag

zur Lehre von Empyema multiloculare im Anschluss an einen Fall von solchem.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Ludwig Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Alexander Apostolu.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

MÜNCHEN 1904.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent: Herr Direktor Prof. Dr. J. v. Bauer.

Historisches.

Hippokrates hat schon die Entzündungen der beiden Pleurablätter (auch Peripneumonie genannt) von Erkrankungen des Lungengewebes zu unterscheiden gewußt.

(Lib. de locis in homine utraque pulmonis parte inflammata fieri peripneumoniam; sivero altera tantum pulmonis pars inflammatus, esse pleuritidem.)

Später aber kamen diese Anschauungen von Hippokrates teilweise in Vergessenheit und so ist die Pleuritis noch von den Klassikern des vorigen Jahrhunderts nicht immer als eine selbständige Krankheit anerkannt worden. —

Hermann Boerhaave (Nürenberg 1756) scheint der erste gewesen zu sein, der wieder die Pleuritis von den Erkrankungen des Lungengewebes strikt zu trennen versuchte, und die Symptome, den Verlauf, Sitz, wie auch das Verhältnis der Pleuritis zu anderen Krankheitsprozessen mit sehr großer Genauigkeit schilderte.

Diese Auffassung der Pleuritis von Boerhaave ist damals vielfach bestritten worden, bis durch die Forschungen von Baglivi, Auenbugger, van Swieten, de Haen, Broussais, Bayle, Pouteau, Racine und schließ-

lich durch das Epoche machende Werk: l'Auscultation des großen Klinikers Laennec (1781 bis 1826) die Pleuritis als eine neue selbständige nosologische Species allgemein anerkannt wurde. —

Die Pleuritis hat besonders nach Laennecs Werk das Interesse der Kliniker gefesselt und binnen kurzer Zeit entstand eine umfangreiche Literatur.

Besonders aber hat sich Wintrich unsterbliche Verdienste erworben durch seine bewunderungswürdige Arbeit: Krankheiten der Respirationsorgane 1854.

Die weitere Beförderung der Phänomenologie, Diagnose und Therapie der Pleuritis knüpft sich an die Namen von Skoda, Traube, Rosenbach, Fränkel, Trousseau, Kußmaul, Ziemßen, Ewald, Dièulafoy, Fräntzel, Gerhardt.

Als einen der wichtigsten Fortschritte der letzten Jahrzehnte müssen wir die Einführung der Probepunktion bezeichnen, die zuerst C. H. Ewald empfohlen hat.

Eine besondere Form der Pleuritis bildet das Auftreten von zwei oder mehreren abgekapselten Exsudat- resp. Eiterherden im Pleuraraum, was man als eine Pleuritis bezw. Empyema bi- oder multiloculare (mehrfächerig) bezeichnet.

Wintrich, der zuerst eine zusammenfassende grundlegende Darstellung der Pleuritis gegeben hat, der die Aetiologie, Symptomatologie, Diagnose, path. Anatomie, Therapie der Pleuritis und ihrer Komplikationen genau erforscht und erschöpfend beschrieben hat, war auch der erste,

der auf das Vorkommen von Pleuritis multilocularis hinwies. Er bespricht das Vorkommen von mehrfächerigen Pleuritiden auf Grund klinischer und path.-anatomischer Beobachtungen, doch steht er der ganzen Frage sehr skeptisch gegenüber. Er sagt: „Ob eine Pleuritis unilocular, bilocular oder multilocular sei, ist Sache der Nekroskopie. Am Lebenden läßt sich dies nicht sicher, überhaupt nicht diagnostizieren."

Handbuch der speziellen Pathologie und Therapie, redigiert von Virchow. Krankheiten der Respirationsorgane von M. A. Wintrich.

Die Frage der Pleuritis resp. Empyema multiloculare verlor dann wieder an Interesse, wohl weil zu jener Zeit der gewaltigen Entwickelung der modernen Medizin wichtigere, prinzipielle Fragen im Vordergrund standen, bis im Jahre 1879 Jaccoud durch eine Communikation an die med. Akademie von Paris die Bedeutung derselben hervorhob und besonders darauf aufmerksam machte, daß die Anschauungen Wintrichs, betreff der Unmöglichkeit die Diagnose auf Pleuritis multilocularis am Lebenden zu stellen nicht mehr aufrecht zu erhalten sein dürften.

Er sagte, daß es ihm gelungen sei, die Diagnose dieser immerhin nicht so seltenen Complikation am Lebenden bereits ohne Thoracocenthese zu stellen und gab eine diagnostische Methode für diesen Zweck an.

Das Prinzip dieser diagnostischen Methode beruhte auf dem unter bestimmten Bedingungen Erhaltensein des Stimmfremitus mit anderen bestimmten physikalischen Zeichen. Jaccoud

gab zwei verschiedene Typen an, die des großen Interesses wegen, das damals diese Communikation erregte, ich mir hier in groben Zügen wiederzugeben erlaube.

I. Typus. Auf der einen Seite des Thorax alle Zeichen eines, die ganze Pleurahöhle erfüllenden Ergusses; nirgends Lungenschall, kein Stimmfremitus, kein Atemgeräusch. Dagegen ist der Stimmfremitus erhalten innerhalb einer halbkreisförmigen „Bandelette" von der Wirbelsäule bis zum Sternum, Verlagerung des Herzens nach rechts und unten; unter der Clavicula keine Tympanie, überall Dämpfung. — Auf der ganzen Linie, wo der Fremitus erhalten ist, Bronchialatmen und Geräusche. —

Jaccoud gab an, den Typus einmal beobachtet und die Diagnose auf Pleuritis bilocularis gestellt zu haben; die Sektion ergab auf der oben erwähnten Linie eine Verwachsung der beiden Pleurablätter, die die ganze Pleurahöhle in zwei vollständig auseinander getrennte Fächer teilte.

II. Typus. Der Stimmfremitus ist mehr oder weniger schwach über der ganzen Ausdehnung des gedämpften Schalles erhalten. — Unter der Clavicula keine Tympanie, auf derselben Stelle bronchiales Atmen und starke Bronchophonie, Verlagerung der benachbarten Organe.

Jaccoud hat vier solche Fälle beobachtet. — Die Sektion eines Falles hat mehrere Verwachsungen ergeben, die die Pleurahöhle in mehrere abgeschlossene Räume geteilt hatten und in diesen Räumen waren wieder isolierte Verwachsungen, die nach Jaccoud den Stimmfremitus

überall geleitet haben sollen und ihn auch fühlbar machten.

Jaccoud machte ferner aufmerksam auf die prognostische Bedeutung der Diagnose Pleuritis multilocularis und zwar, daß die Prognose quoad restitutionem immer bedenklich sei wegen der hinterbleibenden Verwachsungen.

Diese Communikation von Jaccoud rief damals eine Flut von Antworten und Publikationen ins Leben, von denen besonders die von Raynaud und Voillez die wichtigsten sind und die bewiesen, daß diese Methode durchaus mangelhaft war. —

Das Resultat dieser durch Jaccoud angeregten Diskussion war also kein besonders glänzendes und eine Förderung auf diesem Gebiete trat erst ein, als die für die Diagnose und Behandlung der Pleuritis im allgemeinen fruchtbare Methode der Probepunktion Allgemeingut der Aerzte wurde. —

In Bezug auf den diagnostischen Wert des Pectoral-Fremitus finden wir in dem vorzüglichen Werk von Rosenbach, Erkrankungen des Brustfells, folgendes: „Der Pectoral-Fremitus ist nicht immer an allen Stellen desselben Niveaus oder zu verschiedenen Zeiten gleich; seine Stärke und Ausbildung hängt eben von verschiedenen einflußreichen lokalen Faktoren ab, und man darf nach solchen verschiedenartigen Befunden an zwei benachbarten Stellen durchaus nicht auf eine Trennung durch Abkapselung oder auf Herde in der Lunge schließen. Deshalb erscheint es uns nicht angängig, die Diagnose der Pleuritis

multilocularis, des mehrfächerigen, mehrkammerigen Exsudats nur auf die Differenzen des Pectoral-Fremitus zu gründen, auch hier ist die Probepunktion wieder ein bei weitem sichereres Hilfsmittel. —

In demselben Werk von Professor O. Rosenbach wird die Frage der Pleuritis multilocularis vielfach berührt und zwar in dem Kapitel: „Besondere Formen der Pleuritis" finden wir die Beschreibung eines Falles, in dem Kapitel: „Probepunktion" die Besprechung eines weiteren.

In der Meinung, daß diese zwei Fälle von Interesse sein dürften, erlaube ich mir dieselben kurz wiederzugeben.

I. Fall:

Eine 30jährige Frau erkrankte im Wochenbette unter den Erscheinungen eines Lungeninfarctes, an den sich eine Pleuritis anschloß. Da die von dem behandelnden Arzte vorgenommene Probepunktion nur seröses Exsudat ergab, so schien ein operativer Eingriff nicht nötig. Da aber in den nächsten Tagen das Fieber unter zeitweiligen Schüttelfrösten sehr hoch stieg, so wurde eine nochmalige Probepunktion vorgenommen, die wiederum ein rein seröses, aber, wie die Prüfung mit dem Geruchsinne ergab, außerordentlich fötides Exsudat ergab.

Aus diesem Befunde wurde auf eine mehrfächerige Pleuritis geschlossen und demnach die Probepunktion noch an einer anderen Stelle wiederholt, wobei Eiter aspiriert wurde. Infolge dieser Feststellung wurde die Schnittoperation vorgenom-

men, die in der Tat eine vielfächerige Pleuritis mit serösem und eiterigem, aber stets putridem Exsudate aufdeckte. Erst nach Lösung aller Membranen, die von der Operationswunde aus vermittelst des Zeigefingers und eines elastischen Katheders ausgeführt wurde, gelang es, eine vollkommene Entleerung der Pleurahöhle herbeizuführen. Unter Jodoformbehandlung nahm dieser Fall einen günstigen Verlauf und endete nach etwa 12 Wochen mit vollkommener Heilung, obwohl es sich um eine sehr heruntergekommene Kranke handelte.

II. Fall:

Eine Frau von 38 Jahren, Mutter von 8 Kindern, erkrankte nach einer schweren durch manuelle Hilfe vollendeten Entbindung (Zwillinge bei Placente praevia) unter den Erscheinungen einer manifesten rechtsseitigen Pleuritis exsudativa mit starken Atembeschwerden und großer Prostration bei nur mäßig erhöhter Temperatur. Da eine in der Seitenwand vorgenommene Probepunktion ein seröses Exsudat lieferte, während eine Punktion an der Hinterwand des Thorax circa 100 cm einer sehr fötiden eiterigen Flüssigkeit entleerte, so konnte es nicht zweifelhaft sein, daß hier eine putride, durch Verklebung der Pleura teilweise abgekapselte Pleuritis, die ihren Ausgang von einem infizierten Embolus der Lunge genommen hatte, vorlag, und wir beschlossen, trotz ungünstiger äußerer Verhältnisse, die Radikaloperation vorzunehmen, um so durch Entleerung der nekrotischen Substanzen der weiteren Verjauchung Einhalt zu tun.

Trotzdem sich am nächsten Tage die Zeichen einer weitverbreiteten trockenen Pleuritis der linken Seite, die sich durch starkes pleuro-pericardiales Reiben und heftige Schmerzen manifestierte, einstellten, gaben wir unser Vorhaben nicht auf und die Operation wurde mittelst eines 5 cm langen Schnittes in der Seitenwand, entsprechend dem 5. Intercostalraum, ausgeführt. Nach Durchtrennung der Pleura entleerte sich zuerst eine geringe Menge seröser Flüssigkeit von sehr fötider Beschaffenheit und der palpierende Finger gelangte in eine mit schwammigen Massen erfüllte Höhle; beim weiteren Vordringen, welchem diese leicht zerreißlichen Auflagerungen keinen Widerstand entgegensetzten, gelangte man in einen anderen Hohlraum, der mit jauchigem Eiter gefüllt war, und es gelang auf diese Weise, einen großen Bezirk an der Hinterfläche des Thorax von zerfallenen Gewebsbestandteilen, unter denen sich allem Anschein nach auch nekrotisches Lungengewebe befand, freizumachen. Nach ausgiebiger Desinfektion der Höhle durch Carbolsäure und eine Lösung von essigsaurer Tonerde wurden zwei 10 cm lange, kleinfingerdicke Gummidrains eingelegt und ein oberflächlicher Verband aus Salicylwatte und Jute appliciert. —

Das Befinden der Patientin war nach der Operation wesentlich besser; doch wurde bald der Zustand weniger erfreulich, da trotz energischer Ausspülung mit den verschiedenartigsten Flüssigkeiten die Putrescenz nicht abnahm und die Sekretion höchst profus blieb. Dazu kam, daß wegen der durch den Zerfall des Lungengewebes entstan-

denen Lungenfistel die Irrigationsflüssigkeit schon bei geringem Druck in die Bronchien übertrat und in einigen Fällen sehr bedrohliche Anfälle von Dyspnoe hervorrief. Unter diesen kritischen Verhältnissen mußte unser Bestreben dahin gerichtet sein, nach Sistierung der Ausspülungen durch eine in fester Form in die Pleurahöhle einzuführende Substanz der Zersetzung des Eiters und der profusen Sekretion entgegenzuwirken.

Da nun das Jodoform alle diese Bedingungen am besten zu erfüllen schien, so beschlossen wir, davon Gebrauch zu machen und applicierten es so, daß wir 5—8 gr. des Pulvers direkt in die Pleurahöhle schütteten oder dieselbe Menge vermittelst eines gewöhnlichen Pulverbläsers durch die Drainröhren einbliesen. —

Der Erfolg war sehr zufriedenstellend; denn nach wenigen Tagen verschwand der fötide Geruch, die Sekretion nahm bedeutend ab, und nach Verlauf von 14 Tagen war die Heilung im besten Gange, sodaß die Patientin, die sich relativ zufriedenstellend erholte, bereits das Bett verlassen konnte.

Jetzt verschwand auch die Pleuritis der anderen Seite, die zu einem mäßigen, durch Probepunktion konstatierten, nicht fötiden, serösen Ergusse geführt hatte, binnen wenigen Tagen durch spontane Resorption.

Ohne weitere Zwischenfälle verlief nun unter immer geringerer und seltenerer Gaben von Jodoform der Heilungsprozeß, der nur durch das lange Verweilen der Drains eine gewisse, von uns beabsichtigte Verzögerung erlitt. Nach Heraus-

nahme der Röhren erfolgte in kürzester Frist der vollständige Verschluß der Fistel, sodaß die Dauer der Heilung — von der Operation an bis zum völligen Verschluß der Fistel — zwölf Wochen betrug.

Die Heilungsdauer wäre durch frühzeitigere Herausnahme der Röhren wohl noch um mehrere Wochen abgekürzt worden. —

Das Allgemeinbefinden der Patientin ist von da ab stets zufriedenstellend, die Funktion der rechten Lunge völlig normal geblieben und sie hat noch mehrfache Entbindungen ohne Zwischenfall durchgemacht.

Im Anschluß an diese zwei interessanten, lehrreichen Fälle von Pleuritis multilocularis, in denen man besonders die diagnostische Wichtigkeit der Probepunktion bei der Pleuritis ersehen kann, mag es als gerechtfertigt erscheinen, einen Fall von Empyema multiloculare, welcher in der I. Abteilung der medizinischen Klinik zu München beobachtet worden ist und mir durch die Güte des Herrn Professors Dr. May zugänglich gemacht wurde, als Beitrag zur Kasuistik dieses seltenen Krankheitsbildes, mitzuteilen. —

Krankengeschichte:

Rosina R., 25 Jahre altes Zimmermädchen. Spitaleintritt: 6. Mai 1903.

Anamnese:

Vater und Mutter an Herzschlag gestorben; früher will Patientin immer gesund gewesen sein. Potatorium wird negiert.

Patientin hat am 9. April 1903 zum ersten Male entbunden; das Wochenbett verlief normal; am 6. Tag nach der Entbindung erkrankte Patientin mit Schüttelfrost, Fieber und stechenden Schmerzen im Abdomen rechterseits; erst später Stechen auf der Brust links hinten, jedoch bestand kein Auswurf. — Husten und Auswurf nahmen zu, sodaß Patientin von der Frauenklinik in die II. Abteilung der medizinischen Klinik zu München verlegt wurde. Appetit, Stuhlgang, Schlaf befriedigend.

Objektiver Befund:

Reduzierter Ernährungszustand; Hautfarbe anämisch; Muskulatur schwach entwickelt. Hektische Röte im Gesicht; Kyphoskoliöse nach rechts im mittleren Brustteil.

Thorax schmal; Supra- und Infraclaviculargruben beiderseits eingesunken; Intercostalräume angedeutet; Atmung angestrengt; linke Thoraxhälfte beteiligt sich wenig an der Atmung und ist in den unteren Partien stärker ausgebuchtet, sowie oben etwas eingesunken. —

Pulmones: Schall r. V. sonar, l. V. deutliche Tympanie und Dämpfung. Bis zur III. Rippe Atmung verschärft vesikulär, von da ab deutliches abgeschwächtes Bronchialatmen mit vereinzelten klingenden Rasselgeräuschen. Lungengrenzen r. H. nicht gut verschieblich. Von etwa VII. Brustwirbel nach abwärts über derselben bronchiales, verschärftes Inspirium und Exspirium. Stimmfremitus nicht aufgehoben. L. H. über der ganzen Seite gedämpfter Perkussionsschall;

Dämpfung nimmt ca. vom VI. Brustwirbel nach abwärts zu. Ueber der absoluten Dämpfung abgeschwächtes Bronchialatmen; deutliche Broncho- und Aegophonie. Stimmfremitus abgeschwächt. Oberhalb des VI. Brustwirbels lautes Bronchialatmen und Crepitationsgeräusche; Stimmfremitus erhalten.

Cor: Nach r. bis zum rechten Sternalrand, nach oben nicht gut abzugrenzen wegen der Dämpfung; Herztätigkeit beschleunigt, Töne rein; Puls inaequal: 120; klein; arythmisch.

Abdomen: Hart, gespannt. —

Verlauf:

7. V. Puls sehr klein, arythmisch; L. V. O. deutliche Tympanie; H. erreicht die Dämpfung bis über die Spina scapulae; Atmung und Stimmfremitus abgeschwächt; über der ganzen linken Seite deutliche Crepitationsgeräusche und wahrnehmbares vereinzeltes pleuritisches Reiben. — Temperatur: 37,5, 39,0, 38,0. — Behandlung: Campherpulver.

9. V. Lungenbefund nicht verändert; Allgemeinbefinden etwas gebessert; Patientin hustet und hat keinen Auswurf; Abdomen immer gleich hart; rechtsseitig sehr stark druckempfindlich. — Temperatur: 36,2—39,0—37,0.

10. V. Puls etwas voller, nicht mehr so frequent. Allgemeinbefinden gebessert. Dyspnose ziemlich stark, Husten trocken, hauptsächlich beim Aufsitzen. — Temperatur: Schwankend zwischen 37,0 und 38,0.

11. V. Stuhlverhaltung, Schmerzen im Ab-

domen gesteigert. Auf Einlauf Stuhl und Erleichterung der Beschwerden. — Temperatur: Zwischen 37,0 und 39,0. — Behandlung: Brustwickel, Brusttee.

12. V. Wenig Veränderung. Lungen: Auffallend tympanitischer Schall. L. V. O.: Crepitationsgeräusch nicht mehr so ausgeprägt. Vereinzeltes pleuritisches Reiben L. H. und in der H. L. Axillarlinie. — Temperatur: Zwischen 36,8 und 38,3. — Behandlung: Mixt. Althaeae und Morph.

13. V. Patientin fühlt sich besser. Stuhl angehalten. Schmerzen im Abdomen leichter. Dyspnose nicht vermehrt. — Temperatur: Zwischen 36,5 und 38,4. — Behandlung: Stokes Mixt. und Pot. acid.

14. V. Herz und Lungenbefund wie oben. Puls rhythmisch und voller. — Temperatur: Zwischen 36,0 und 38,6. — Behandlung: Mixt. Stokes. Einlauf.

16. V. Das laute Bronchialatmen L. H. O. nicht mehr so deutlich; fast über der ganzen Seite abgeschwächt, ebenso Stimmfremitus; fast kein Rasseln mehr zu hören. Diazoreaktion immer stark positiv. Hektische Röte im Gesicht. Kein Auswurf. — Temperatur: Bis 37,2.

18. V. Wenig Veränderung im Status. Nach Einlauf wieder Erleichterung von abdominalen Beschwerden. Harn ohne Besonderheit. — Temperatur: Bis 38,2.

19. V. Eine in der Höhe des VII. Brustwirbeldornfortsatzes in der hinteren Axillarlinie unternommene Probepunktion lieferte puren grü-

nen Eiter zu Tage. Streptococcen. L. V. O. tympanitischer Schall bis zur III. Rippe vollständig gleich. L. H. unterhalb des X. Brustwirbeldornfortsatzes ebenfalls deutliche Tympanie. Die Atmung über der ganzen Seite leise bronchial, nach unten zu etwas lauter. —

21. V. Status nicht verändert. Temperatur gesunken. Dyspnoe gering. Patientin befindet sich liegend ganz wohl.

Gynäkologischer Befund:

Cervicalkanal geschlossen; keine besonderen Einrisse am Muttermund; Uterus anteflectiert, vergrößert, weich, vetropaniert, fast unbeweglich, bei Bewegungen sehr schmerzhaft, leicht dextroponiert. Parametrien nahezu frei; rechts etwas Infiltration. Annexe nicht zu fühlen. —

25. V. Patientin fühlt sich elend; Schmerzen in der Brust, Puls beschleunigt. Links ist der Schall vollständig gedämpft mit Ausnahme der Spitze. Im Bereich der Dämpfung Atemgeräusch aufgehoben, hie und da scharf bronchiales Atmen.

27. V. Operation mit Aethernarkose. Vor der Operation noch einmal Probepunktion, es entleert sich Eiter.

Resektion der VI. Rippe; aus dem Schnitt entleert sich ca. 150 ccm ziemlich dünnflüssiger Eiter.

6. VI. Verbandwechsel. Der Verband ist mäßig stark mit gutartigem Eiter durchtränkt. Aus dem Schnitt ist kein Eiter zu gewinnen.

13. VI. Verbandwechsel. Der Befund ist ganz genau derselbe wie beim Verbandwechsel

am 6. VI. In Zwischenzeiten ist das subjektive Befinden der Patientin relativ gut. Fieber mit Temperatursteigerungen gegen Abend bis 38,0 bis 38,5. — Reichliches Schwitzen; Appetit ziemlich gut. Im Urin Indican. Atmung beschleunigt und kurz.

22. VI. Verbandwechsel. Linke Brustseite ist gedämpft. Probepunktion ergibt Eiter.

25. VI. L. H. U. oberhalb des alten Empyemschnittes Dämpfung; Stimmfremitus aufgehoben. Oberhalb der Dämpfung über die Spitze gedämpft. Tympanitischer Schall. Probepunktion ergibt reinen Eiter. In Aethernarkose Empyemoperation. Resektion der V. Rippe. — Es entleert sich eine beträchtliche Eitermenge, ca. 900 ccm. Einführung eines 10 cm langen Drains. Verband. Es findet sich die Pleura kolossal schwartig verdickt.

Nach der Operation häufiges Würgen. Erbrechen mit gallig gefärbtem Schleim. Jammern und Klagen über die Schmerzen an der Wunde. Gegen Abend hat sich die Patientin beruhigt und gut geschlafen. — Abendtemp.: 36,0. Puls: 112.

26. VI. Patientin fühlt sich frisch, hat guten Appetit, keine besonderen Schmerzen. Puls 96; voll, regelmäßig. — Abendtemperatur etwas gesteigert. 37,0.

2. VII. Abendtemperaturen steigen immer bis 37,5—38,0. Sonst fühlt sich die Patientin ganz wohl. Appetit gut.

3. VII. Verbandwechsel. — Die Wunde mit speckigem Belag. Mäßige Sekretion, keine Dämpfung in der Umgebung.

9. VII. Leib leicht meteoristisch aufgetrieben.

Die Durchleuchtung der Patientin ergibt einen völligen den ganzen linken Pleurasack einnehmenden Pneumothorax. Drain ist gut sichtbar und reicht bis zur II. Rippe. Die Lunge ist zurückgedrängt und nur ca. 2 Finger breit.

12. VII. Verbandwechsel. Die Wunde secerniert wenig. Aus der Wunde 5—10 ccm dünner, mit gelben Flocken gemischter Eiter zu gewinnen. Die Wundränder etwas speckig belegt; ein kürzeres Drain eingeführt.

25. VIII. Verbandwechsel. Sekret ca. 10 ccm. Die Höhle verkleinert sich; ein kürzeres Drainrohr wird eingeführt. Jodoformglycerin-Verband. Wundränder etwas speckig belegt. Betupfen mit Argent. nitric.

31. VIII. u. 8. IX. Verbandwechsel.

17. IX. Verbandwechsel. Etwa $^1/_8$ Liter Retensionseiter ist ausgeflossen.

24. IX. Das Röntgenbild zeigt noch einen schmalen Gang, in welchem der Drain ca. 3 mm weites Gummirohr sichtbar ist bis fast zur Spina scapulae hinaufreichend. Die Lunge hat sich fast völlig wieder angelegt. Der Schall ist über den unteren Partien der linken Lunge noch leicht gedämpft tympanitisch, im übrigen sonor, die Atmung vesiculär, im Bereich der Tympanie hauchend.

Ueber der linken Spitze Verkürzung des Schalles und abgeschwächtes Atmen. Das Retrecissement der linken Thoraxhälfte hat sich wieder etwas ausgeglichen.

13. X. Verbandwechsel. Kaum mehr Sekretion. Es wird der Gang, der kaum mehr 2 cm

hoch zu verfolgen ist, leicht mit Jodoformgaze tamponiert. Ein Pflasterverband. Subjektiv völliges Wohlbehagen.

Wunde bis auf stecknadelkopfgroße Oeffnung geschlossen.

2. Heftpflasterverband.

Bis 28. X. Temperatur normal, Allgemeinbefinden gut.

29. X. Wunde völlig geschlossen, die Lunge hat sich überall angelegt; Schall überall sonor, überall Vesicularatmen. Subjektives Befinden sehr gut.

Gewicht 48,5 kg.

Patientin wird auf 14 Tage in die Rekonvaleszentenanstalt begutachtet.

Aus der obenstehenden Krankengeschichte können wir wieder ersehen, wie diagnostisch wichtig und geradezu segensreich die Probepunktion ist.

Auffällig ist, daß unter den wenigen publizierten Fällen von mehrfächerigen eiterigen Exsudaten der Pleurahöhle fast 50% aller im Anschluß von pyämischen Prozessen puerperalen Ursprungs vorgekommen sind. Das leitet uns auf die Vermutung, daß vielleicht infolge der starken Virulenz der pyogenen Mikroorganismen, die die Krankheit bedingen, eine rasche Abkapselung des Eiterherdes durch Verwachsungen der beiden Pleurablätter zustande kommt, die sozusagen dem Prozeß Einhalt tun sollte und so das Bild der Plauritis multilocularis bietet. Damit wollen wir selbstverständlich nicht die Möglichkeit einer früher überstandenen Pleuritis in Abrede stellen, die Verwachsungen hinterlassen hat, der Art, daß bei einer später

aus welchem Grunde nur immer erfolgenden Pleuritis das Exsudat sich in den verschiedenen Fächern ansammelt und so eine Pleuritis multilocularis entsteht.

Bezüglich dieser Frage finden wir in dem Rosenbachschen Werk über Pleuraerkrankungen folgendes:

Primär eiterige Exsudate sind gewöhnlich abgekapselt und nicht umfangreich, sie finden sich, wie erwähnt, am häufigsten als sogenanntes metapneumonisches Exsudat im Anschluß an die crupose Pneumonie und bei pyämischen Prozessen.

Auf jeden Fall können wir aus diesem sowie aus den nach Rosenbach zitierten Fällen Veranlassung nehmen, bei jeder im Anschluß an (puerperal) pyämische Prozesse auftretenden Pleuritis die Möglichkeit einer Multilocularität ins Auge zu fassen und mit Hilfe der Probepunktion eventuell eine exakte Diagnose stellen, speziell aus dem verschiedenen Verhalten (serös, putrid, fötid, hämorrhagisch) der dabei erhaltenen Flüssigkeiten.

Am Schlusse meiner Ausführungen, bitte ich, Herrn Krankenhausdirektor Ritter von Bauer, für die gütige Uebernahme des Referates, sowie dem Herrn Professor von May für die liebenswürdige Zuweisung des Falles, meinen höflichsten Dank zum Ausdruck bringen zu dürfen.

Literatur.

Vor 1854. Wintrichs Krankheiten der Respirationsorgane. (Handbuch der spez. Path. und Theraphie, redig. von Prof. R. Virchow.)

Die Erkrankungen des Brustfells von Prof. Dr. O. Rosenbach.

Die Complikationen des Puerperium mit acuter Pleuritis von Dr. Jos. Fischl in Prag. (Vierteljahrsheft für die Heilkunde, Prag-Leipzig.)

Fräntzel, Pleuraerkrankungen.

Bulletin de l'Academie de Medicine 2me serie Tome VIII 43 Année.

Gueneau de Mussy, Pleuresie multiloculare, p. 810—819.

Jaccoud, sur la Pleuresie aiguë multiloculare et sur les Adherences du diaphragme, p. 388—470.

Moutavd u. Martin, Pleur. multilocul. I. 621—626.

Baynaud, Pleur mult. p. 450—466.

Voillez, Pleur. mult. p. 573—586.

Purzesz, Zur Differenzialdiagnose der Pleura-Erkrankungen. Deutsch. Archiv für klin. Med.

Die unten stehende Literatur war leider nicht zugänglich.

Maragliano, Pleurite multiloculare. Persistenza di vibrationi vocali in deterniciante, zone. Salute, Genova 1880. 2. I. XIV. 9, 25.

Petrone, Interno alla Pleuriti biloculare spezimentale Firenze 1881. X. 4. VII 225—237.

Cancato Sulla. pleurit. multiloc. Klin. di. Bologna 1880 2. I. X. 257—260.

Danezi, Cesso di Pleurite policulare Imparziale Firenze 1881 XXI 329—331.

Mouvement med. Par. 1879 XVII 214, 226, 238.

Tribune med. Par. 1879 XII 206, 221, 232.

France, med. Par. 1879 XXVI 281, 289, 297.

Curriculum vitae.

Sohn des Kaufmannes und Grundbesitzers Apostolos H. Athanasiu und seiner ehelichen Frau Emilie geborene Aslanidis, bin ich zu Aidin (neben Smyrna) geboren am 21. Juli 1880. Ich besuchte die Volksschule in Aidin und hierauf das Gymnasium in Konstantinopel und Samos. Nach Absolvierung des Gymnasiums widmete ich mich dem Studium der Medizin an den Universitäten Athen, Freiburg i. Br. und München.

Alexander H. Apostolu.